

MUISTISAIRAAN KIVUN TUNNISTAMINEN JA LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Opas hoitohenkilökunnalle

Merja Hirsikorpi

Marika Perätalo

Opinnäytetyö, syksy 2015

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diakonisen hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK) + diakonissan

virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Hirsikorpi, Merja & Perätalo, Marika. Muistisairaankivun tunnistaminen ja lääkkeettömän kivunhoito – opas hoitohenkilökunnalle. Oulu, syyskuu 2015, 55 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK) –diakonissa.

Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Oulun Diakonissalaitoksen palvelukotien henkilökunnan käyttöön muistisairaankivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivunhoidon opas. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää muistisairaankivun näyttöön perustuvaa kivunhoitoa ja hoitotyötä. Opas laadittiin tuotteistamisprosessia noudattaen. Se laadittiin yhteistyössä Oulun Diakonissalaitoksen henkilökunnan kanssa.

Oppaassa kuvataan havainnollisesti muistisairaankivun arviointiin kehitettyä PAINAD-kipumittaria ja muistisairaankivun hoidossa käyttökelpoisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Hengellistä hoitamista tulisi kivunhoidossa käyttää nykyistä enemmän. Jatkossa kehittämisen haasteena on PAINAD -kipumittarin käyttö muissakin kommunikoinnille haasteita aiheuttavissa potilasryhmissä.

Asiasanat: kipu, kivunhoito, muistisairas, lääkkeettömän kivunhoito, hengellinen hoito, tuotteistettu opinnäytetyö.

ABSTRACT

Hirsikorpi, Merja & Perätalo, Marika. The assessment of pain in patients suffering from memory disorder diseases and the treatment of pain without medicines. 55 p., 1 appendix. Language: Finnish. Oulu, autumn 2015. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse.

The aim of the study was to produce a guide for the personnel of Oulun Diakonissalaitos, Finland, to assess pain in the elderly people suffering from memory disorder diseases and caring of the pain by using other than medical treatment methods. The aim of the study was also to develop evidence-based pain management in the elderly people who have memory disorder diseases. The guide was created by using the productization process. It was made in co-operation with the personnel of Oulun Diakonissalaitos.

In the guide it is demonstrated how to use a pain scale called PAINAD that has been developed especially for people who have a memory disorder disease. The guide also introduces many helpful means of managing pain without medicines. Spiritual caring of pain should be used more than it is used today. In the future, it would be interesting to survey the using of PAINAD pain scale also with other patient groups that have some kinds of problems in communication.

Key words: pain, treatment of pain, memory disorder disease, caring without medicines, spiritual caring.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	5
2 MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINTI JA HOITO	7
2.1 Muistisairaahan vanhuksen kipu	7
2.2 Muistisairaahan vanhuksen kivunhoito	12
3 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	18
4 OPPAAN TUOTTEISTAMINEN	19
4.1 Toimintaympäristö ja asiakasanalyysi	19
4.2 Oppaan suunnittelu	20
4.3 Oppaan sisällön valinta	22
4.4 Oppaan viimeistely ja arviointi	23
5 POHDINTA	25
5.1 Muistisairaahan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivunhoidon merkitys	25
5.2 Opinnäytetyön eettisyys	26
5.3 Opinnäytetyön luotettavuus	27
5.4 Jatkotutkimusideat	28
LÄHTEET	29
LIITE: OPAS	33

1 JOHDANTO

Suomessa ikääntyneiden ihmisten lukumäärä ja suhteellinen osuus koko väestöstä on kasvussa. Vuoden 2012 lopussa 65-vuotiaita oli 1 018 420 (18,8 % koko väestöstä) ja yli 85-vuotiaita 123 673 (2,3 % koko väestöstä). Ennusteiden mukaan vuonna 2030 yli 65-vuotiaita on 1 496 000 (25,6 %) ja yli 85-vuotiaita 226 000 (3,9 %). (Ympäristöministeriö 2013.) Viime vuosikymmeninä ihmisten yleinen toimintakyky on huomattavasti parantunut ja he ovat aiempaa terveempiä. Iäkkäiden ihmisten toimintakyky ei ole kuitenkaan seurannut samaa hyvää kehitystä.

Iäkkäät ihmiset kärsivät sekä akuutista että kroonisesta kivusta. Heillä voi olla kipua aiheuttavia sairauksia ja he käyttävät monenlaista kipulääkitystä. Yli 60-vuotiaat kärsivät erilaisista kiputiloista kaksi kertaa useammin kuin alle 60-vuotiaat. Hoitamaton kipu aiheuttaa vanhuksille elämänlaadun laskua, masennusta, kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä, unihäiriöitä, sosiaalisen kanssakäymisen vähentymistä sekä kasvanutta tarvetta terveydenhoitopalveluille ja ylimääräisiä kustannuksia yhteiskunnalle.

Väärinkäsitys on, että kipu kuuluu luonnollisena osana vanhenemiseen. Vaikka iäkäs ihminen ei ilmaise sanallisesti kipua, automaattisesti ei voida päätellä, että kipua ei ole. Kivusta viestiminen voi vanhuksille olla vaikeaa, koska kommunikointia häiritsevät erilaiset tekijät. Esimerkiksi dementia, halvaantuminen tai puheen tuottamisen hankaluudet voivat vaikeuttaa vanhuksen kivusta viestimistä. Ikääntynyt ihminen ei välttämättä sano sanallisesti olevansa kipeä, vaan kipu ilmenee esimerkiksi hämmentymisenä, sosiaalisena vetäytymisenä tai apatiana.

Dementiaa sairastavat vanhuksen ovat vaarassa joutua kohtaamaan kivun tunnistamattomuutta ja hoitamattomuutta. Tarkka kivun asteen arvioiminen on tärkeää, jotta potilaalle voidaan valita oikeat kivunhoitomenetelmät. Kivunhoidon vastetta tulisi voida myöhemmin myös arvioida. Kivunhoidon ja sen vasteen tarkka kirjaaminen ovat oleellinen osa laadukasta hoitoprosessia sekä potilaan yksilöllisen hoidon että hoitotyön ammatillisuuden kannalta.

Muistisairaus vaikeuttaa kivun kokemista ja kykyä ilmaista sitä. Muistisairauden ede-

tessä kivun ilmaiseminen käy yhä vaikeammaksi. Tällöin korostuu erityisesti läheisten ja hoitajien havainnointi muistisairaana olemuksesta ja käyttäytymisestä. Tärkeää on tieto muistisairaana aikaisemmista sairauksista ja kivuista. Kivun lähdettä voidaan paikallistaa silloin helpommin. Kaikki kipu on hoidettavissa tai ainakin lievitettävissä. Kivun olemassaolon ja voimakkuuden arviointiin on kehitetty lukuisia kipumittareita. Lääkehoidon lisäksi kipua voidaan lievittää lääkkeettömin keinoin; esimerkiksi hieronta, lohdutus ja läsnäolo jo parantavat iäkkään ihmisen oloa yleensä huomattavasti.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tuotteistamisprosessia käyttäen Oulun Diakonissalaitoksen kolmen palvelukodin käyttöön muistisairaana kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivunhoidon opas. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää muistisairaana ikäihmisen näyttöön perustuvaa kivunhoitoa ja hoitotyötä.

2 MUISTISAIRAAN KIVUN ARVIOINTI JA HOITO

2.1 Muistisairaahan vanhuksen kipu

Muistisairaiden ihmisten määrä tulee lisääntymään tulevaisuudessa väestön ikääntymisen kasvaessa. Vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti arviolta 95 000 ja lievää muistisairautta 30 000-35 000 henkilöä. Ennusteiden mukaan keskivaikeaa muistisairautta sairastavia on vuonna 2020 130 000 henkilöä. Päivittäin Suomessa sairastuu muistisairauksiin 36 henkilöä eli vuosittain noin 13 000 henkilöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Etenevät muistisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja –taloudellinen haaste. Kustannuksia lisäävät sairastuneiden suuri määrä ja ympärivuorokautinen hoidon sekä huolenpidon tarve. Ympärivuorokautisessa hoidossa olevista noin 80 prosentilla on muistioireita tai diagnosoitu muistisairaus. Arviolta puolet sairastuneista on vailla diagnoosia ja vain neljännes Alzheimer-potilaista saa asianmukaista lääkehoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Dementiassa on kyse oireyhtymästä, ei erillisestä sairaudesta. Aiheuttajana voi olla useita eri etiologioita ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. Toimintojen heikentyminen rajoittaa potilaan selviytymistä itsenäisestä, ammatillisesta ja sosiaalisesta toiminnasta. (Erkinjuntti 2010, 86–87.) Alzheimerin tauti on yleisin etenevä dementiaa aiheuttava muistisairaus. Se on vaiheittainen hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus, jossa eri aivoalueet ja neurokemialliset järjestelmät vaurioituvat. Kaikista etenevää muistisairautta sairastavista noin 70 prosenttia sairastaa Alzheimerin tautia. (Erkinjuntti 2010, 121–122.)

Tyypillistä Alzheimer-potilaalle on, että lähimuisti on heikentynyt niin, ettei hän muista muutamaa minuuttia aiemmin tapahtunutta asiaa. Motoriset toiminnot, kuten ruoanlaitto ja pukeutuminen, heikkenevät vähitellen. Sairaudentunto heikkenee tai häviää kokonaan. Alzheimerin edetessä potilaalle tulee ekstrapyramidaalisia oireita; jäykkyys, etukumara asento, töpöttävä kävely, hitaus ja kasvojen ilmeettömyys. Potilaille tulee lisäksi pakkoinkontinenssia sekä vähitellen täydellinen virtsan ja myöhemmin ulosteen pidätyskyvyttömyys. Noin 5-8 vuoden kuluttua ensioireista kävelykyky häviää ja potilas joutuu

vuodepotilaaksi. Rajaat koukistuvat ja jäykistyvät virheasentoihin. Potilaat kuolevat keskimäärin 10 vuoden kuluttua. (Sulkava 2001, 74.)

Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen dementia johtuu aivojen pienten ja suurten valtimoiden tukoksista. Tästä sairaudesta kärsii 10–20 % dementiapotilaista. Vaskulaarisessa dementiaassa oireet etenevät yleensä portaittain, selviä aivohalvauksia ei aina esiinny. Taudin alkuvaiheessa oireena ovat yöllinen sekavuus, depressio ja kävelyvaikeudet. Muisti ja uuden oppiminen eivät yleensä ole heikentyneet samassa määrin kuin Alzheimerin taudissa. Oireet vaskulaarisessa dementiaassa eivät aina etene kuten Alzheimerin taudissa. Vaskulaarinen dementia kestää keskimäärin 7-8 vuotta ja keuhkokuumeen lisäksi sydän- ja aivoinfarktit ovat tavallisia välittömiä kuolinsyitä. (Sulkava 2001, 77–78.)

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Se on saanut nimensä mikroskooppisen kokoisista Lewyn kappaleista, jotka ovat hermosolun sisäisiä jyväsiä aivokuorella ja aivorungossa. Taudin alkuvaiheessa älyllisen tason heikentyminen on melko lievää. Virkeänä potilas saattaa vaikuttaa täysin normaalilta, mutta väsyneenä hänen muistinsa ja looginen ajattelukyky nsä heikkenevät. Taudin edetessä dementiaoireet lisääntyvät esimerkiksi siten, että lauseet lyhenevät ja tietyssä vaiheessa sanat loppuvat kokonaan. Parkinsonin taudin kaltaisia oireita esiintyy myös, esimerkiksi jäykkyyttä, hitautta ja lepovapinaa. Tyypillistä Lewy-potilaille ovat aistiharhat ja nimenomaan näköharhat. Melko yleisiä piirteitä Lewy-potilailla ovat aggressiivisuus ja äkkipikaisuus. (Sulkava 2001, 80–81.)

Muistisaira vanhuksen kipua voi esiintyä missä tahansa kehonosassa ja se voi johtua lukemattomista eri syistä. Päänsäryt usein vähenevät iän myötä, eikä esimerkiksi jännitysniskan aiheuttamaa päänsärkyä vanhuksilla yleensä esiinny. Vanhuksen päänsäryn taustalla voi olla esim. ohimovaltimotulehdus, kolmoishermostulehdus tai vyöruusu. Kohonneeseen verenpaineeseen ja uremiaan eli virtsamyrkytykseen saattaa liittyä oireena päänsärkyä. Mikäli vanhus käyttää runsaasti särkylääkkeitä, saattaa hänelle kehittyä särkylääkepäänsärky. Tyypillistä sille on, että särkylääke tuo helpotuksen päänsärkyyn, mutta lääkkeen vaikutusaika vähenee jatkuvasti ja särky palaa aina nopeammin takaisin. (Haukka, Kivelä, Pyykkö, Vallejo Medina & Vehviläinen 2007, 110.)

Erilaiset rintakivut ovat vanhuksilla erittäin tavallisia. Rintakipujen syynä saattavat olla sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, keuhkosairaudet, anemia, luusto, lihakset ja nivelet, ruokatorvi ja maha sekä ääreishermostojen vaurioituminen. Myös traumat voivat aiheuttaa rintakipua. Kipua kuvataan yleensä voimakkaaksi ja elämää uhkaavaksi ja hyvin usein se paikantuu rintalastan alaosaan. Se ei kuitenkaan anna tarkkaa tietoa taustalla olevasta sairaudesta, joten lisätutkimukset ovat usein tarpeen. (Haukka ym. 2007, 110.)

Hyvin usein vanhuksen vatsakivun taustalla on akuuttia kirurgista toimintaa vaativa sairaus. Syynä voivat olla monet eri ylävatsan sairaudet, jotka aiheuttavat myös rintakipuoireita. Koska vanhusten kiputuntemus on usein heikentynyt, voi esimerkiksi umpilisäkkeen tulehdus helposti edetä vatsakalvon tulehdukseen saakka. Vatsakipujen taustalla saattaa olla myös ummetusta. (Haukka ym. 2007, 111.)

Vanhuksen selkäkiput voivat johtua esimerkiksi osteoporoosin aiheuttamasta nikamamurtumasta, sappirakon ja sappiteiden sairauksista tai munuaissairauksista kuten munuaiskivet, munuaistulehdukset tai munuaissyöpä. Alaselkäkiput voivat johtua esimerkiksi nikamavälilevyjen siirtymistä, aortan aneurysmasta eli pullistumasta ja syövän luustometastaaseista, kuten eturauhassyövästä. Kohdun eriaisteiset laskeumat voivat aiheuttaa naisten alaselkäkipua. (Haukka ym. 2007, 111.)

Kivun arviointi ja tehokas hoito ovat terveydenhuollon eettisiä peruseriaatteita. Oikeus kivuttomuuteen on kaikilla riippumatta siitä, minkä ikäinen kipua kokeva ihminen on tai mikä on hänen kognitiivinen tilansa. Tutkimusten mukaan kuitenkin muistisairautta sairastavat kokevat kovaakin kipua terveitä useammin. Esimerkiksi muistisairaana akuuttia leikkauskipua ei hoideta yhtä tehokkaasti kuin muiden ikääntyneiden. Syynä tähän on pidetty dementian edetessä ilmaantuvia kommunikointivaikeuksia eli sitä, ettei muistisairautta sairastava kykene ilmaisemaan ja kuvaamaan kipuaan. Tästä syystä, he tarvitsevat erityistä asiantuntemusta henkilökunnalta, osaamista tunnistaa ja hoitaa kipua. (Kankkunen 2009, 247.)

Muistisairaiden kipukynnys ei poikkea terveiden ikääntyneiden kipukynnyksestä eli siitä tasosta millä kipu alimmillaan tunnetaan. Toisaalta muistisairaiden kivun sietokyvyn on todettu olevan korkeampi kuin terveiden ikääntyneiden. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että muistisairaat ovat yhtä herkkiä kivulle kuin muutkin, mutta he eivät välttämättä

kykene tulkitsemaan tuntemustaan kivuliaaksi. Tutkimusten mukaan laitoshoidossa olevilla muistisairautta sairastavilla on todettu olevan kipua hyvin erilaisissa tilanteissa. Erityisesti aamulla tehtävät hoidot eli peseminen, pukeminen, kääntäminen ja potilaan liikuttelu voivat aiheuttaa kipua. Näissä tilanteissa korostuu hoitajan kyky ennakoida tilanteita – annetaan potilaalle kipulääkitys ennen toimenpidettä, jotta hoitotilanne olisi mahdollisimman kivuton. (Kankkunen 2009, 248–249.)

Tutkimuksen mukaan muistisairautta sairastavien kivun arviointia edistäviä tekijöitä ovat tieto, taito, kokemus ja resurssit. Tietoa saadaan koulutuksen kautta, potilaan tuntemisesta ja omaisten sekä tutkimusten tuomasta tiedosta. Kivun arviointiin liittyy erityisiä taitoja kuten hyvä ammattitaito, havainnointikyky, kivun havainnointi tunnustelemalla sekä keskustelutaito. Hyvän kivunhoidon esteitä ovat usein hoitajien omat asenteet. Tällaisia kivunhoitoa estäviä asenteita voivat olla esimerkiksi ”he eivät kuule mitään”, ”he eivät muista mitään”, ”he ovat kyvyttömiä ajattelemaan” tai ”he ovat taantuneet lapsen tasolle”. Tämän kaltaisiin asenteisiin voidaan vaikuttaa erityisesti koulutuksella, johon sisältyy gerontologisen hoitotyön opetusta. (Kankkunen 2009, 250–252.)

Kivun kliininen arviointi muistisairaalla potilaalla on moniulotteinen prosessi, jossa on useita muuttuvia tekijöitä mukana. Esimerkiksi jos potilas kärsii akuutista kivusta, arvioinnin pitäisi keskittyä siihen taustalla vaikuttavaan asiaan, joka kipua aiheuttaa. Jos taas potilas kärsii kroonisesta kivusta, arviointi pitäisi suunnata sekä kipua aiheuttavaan sairauteen että fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kipukokemuksen seurauksiin. Siksi kivun arviointi sisältää usein sekä kivun voimakkuuden että kivun kokemuksen arviointia. (Herr & Garand 2001, 3.)

Muistisairaahan ihmisen kyky ilmaista kipua sanallisesti on yleensä heikentynyt. On muistettava, että ikääntynyt voi käyttää kipua ilmaistessaan eri käsitettä kuin ”kipu”. He saattavat esimerkiksi kertoa olevansa väsyneitä tai heikkoja, vaikka taustalla on kiputuntemus. Muistisairaiden kohdalla läheisiltä saatu tieto siitä, mitä sanoja potilas on aiemmin käyttänyt kipua kuvatessaan ja miten hän on kipuun reagoinut, on tärkeää. Muistisairas voi ilmaista kipua esimerkiksi käyttäytymisellään, fysiologisin muutoksilla ja äännelemällä. (Kankkunen 2009, 253–255.)

Hoitajat tunnistavat muistisairaahan vanhuksen kipua yleensä havainnoimalla mm. ääntelyä sekä eleiden perusteella ja vitaalielintoimintoja seuraamalla. Haasteelliseksi kivun tun-

nistamisen tekee kommunikoinnin vaikeus, kivun aste ja paikka, mahdollinen aggressiivinen käytös, erot kivun kokemisessa ja ilmaisemisessa sekä esimerkiksi työnkierto. Hoitajalle tutun muistisairaahan kipua on helpompi arvioida kuin vieraamman. (Mustakangas 2012, 28–35.) Kivun arviointi ja hoitomenetelmät eroavat muistisairaiden kohdalla muista potilaista. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään hyvin yleisesti ja ne koetaan hyvinä. Erityisesti käytetään fysikaalisia toimintoja, kuten liikuntaa ja hierontaa. (Kormilainen 2013, 5, 25–32.)

Muistisairautta sairastaville on kehitetty lukuisia käyttäytymisen muutoksiin perustavia kipumittareita, jotka helpottavat kivun voimakkuuden määrittämistä. Kivun arvioinnin tulisi olla järjestelmällistä ja jatkuvaa. Käytössä olevaa samaa mittaria tulisi käyttää jokaisella arviointikerralla, jotta tulokset olisivat luotettavia. (Kankkunen 2009, 253–257.) Kivun voimakkuuden arvioimiseen käytettäviä numeerisia mittareita ovat esim. NRS (Numeric Rating Scale), sanallisia mittareita esim. VDS (Verbal Descriptor Scale), kasvojen ilmeisiin perustuvia mittareita esim. FPS (Faces Pain Scale) ja visuaalisia kipumittareita esim. VAS (Visual Analogue Scale). Muistisairauden ollessa lievä, sanallisiakin kipumittareita voidaan hyvin käyttää. Onhan muistisairas itse aina oman kipunsa paras asiantuntija. Mitä pidemmälle muistisairaus on edennyt, sitä vähemmän sanallisia ja numeerisia kipumittareita kannattaa käyttää. (Herr & Garand 2001, 7.)

NRS (Numeric Rating Scale) kipumittari perustuu siihen, että potilaalta kysytään kivun voimakkuutta numeroasteikolla 0–10. Asteikolla 0 ei ole kipua lainkaan ja asteikolla 10 kipu on äärimmäisen kovaa. NRS on varsin luotettava useimmille iäkkäille, mutta kognitiivisista puutteista kärsivillä henkilöillä on vaikeuksia mitata kivun voimakkuutta numeerisella asteikolla. VDS (Verbal Descriptor Scale) mittaa kivun voimakkuutta sanallisesti: ”ei kipua”, ”vähän kipua”, ”keskinkertaisesti kipua”, ”kovaa kipua”, ”voimakasta kipua” ja ”pahinta mahdollista kipua”. Tämä mittari soveltuu ainoastaan hyvin itseään ilmaiseville muistisairaalle. Lisäksi sanallisessa asteikossa on aina vaara tulkintavirheisiin. (Herr & Garand 2001, 8.)

FPS (Faces Pain Scale) on alun perin kehitetty pienten lasten kivun arviointivälineeksi. FPS perustuu kasvonilmeiden tulkintaan kivun arvioinnissa. Tutkittua tietoa sen käytöstä ja käyttökelpoisuudesta iäkkäämmillä ihmisillä ei ole paljon olemassa. VAS (Visual Analogue Scale) on varsin laajalti käytetty suomalaisessa terveydenhuollossa kivun arvioinnin mittarina. Siinä kivun määrää ja laatua arvioidaan numeerisella asteikolla

0-10, jossa on lisäksi käytössä visuaaliset kuvat ja suureneva jana kuvaamaan kasvavaa kivun määrää. Käytännössä VAS on kuitenkin liian abstrakti, jotta pitkälle edennyttä muistisairautta sairastava potilas kykenisi sen avulla kipuaan itse arvioimaan. (Herr & Garand 2001, 8.)

Suomalaisessa vanhustenhoidossa on laajalti käytössä RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument), jossa yhtenä osa-alueena on hoitajatulkintainen kipumittari. RAI:n kipumittarissa hoitohenkilökunta arvioi potilaan kivun tiheyden, voimakkuuden ja sijainnin mukaan viimeksi kuluneen viikon ajalta. Tiheys arvioidaan asteikolla 0-2, jossa 0 tarkoittaa ei lainkaan kipuja ja 2 merkitsee potilaalla olevan kipuja päivittäin. Kivun sijainti voi olla selkäkipu, luukipu, rintakipu, päänsärky, lonkkakipu, leikkauksen jälkeinen haavakipu, nivelkipu, pehmytosakipu, vatsakipu tai muu kipu. Kivun voimakkuus arvioidaan myös asteikolla 0-2, jossa 0 merkitsee lievää kipua ja 2 ajoittaista sietämätöntä kipua. (Uusitalo & Westerholm 2010, 37.)

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), on ainoa suomenkielinen nimenomaan muistisairaille tarkoitettu kipumittari. Sen luotettavuutta on arvioitu iäkkäiden muistisairautta sairastavien sairaalahoidon aikana. Tulosten mukaan PAINAD -mittarilla kivuttomaksi luokitellut potilaat olivat sitä myös todellisuudessa hoitotoimenpiteiden aikana. PAINAD -mittarin osa-alueet ovat hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Potilaan ollessa kivuton tai kivun ollessa lievää, hengitys on normaalia tai huomaamatonta, ääntelyä ei ole ollenkaan tai se on tyytyväistä, ilmeeltään hän on hymyilevä tai ilmeetön ja hän on levollinen eikä tarvitse lohdutusta. (Kankkunen 2009, 259; Päivärinta 2012, 10.) PAINAD -kipumittari koetaan hyväksi apuvälineeksi, erityisesti niiden muistisairaiden kohdalla, jotka ovat puhumattomia. Kivun arviointi ja hoito on tutkitusti laadukkaampaa PAINAD -kipumittarin avulla. (Päivärinta 2012, 5, 20 & 22.)

2.2 Muistisairaana vanhuksen kivunhoito

Muistisairaana vanhuksen kivun hoidossa huomioidaan kivun mahdollinen aiheuttaja, esimerkiksi ummetus, virtsatieinfektio, epämukavat jalkineet, pitkäaikaisen vuodelevon aiheuttama lihaskipu, nivelten kulumat ja osteoporoosi. Aiempien sairauksien tiedot ovat

aina merkittävä apu kivun määrittämisessä. Muistisairaahan kohdalla kivun syy on aina selvitettävä niin kliinisillä tutkimuksilla kuin tarvittavilla kuvauksilla ja laboratoriokokeilla. Tavoitteena kivun hoidossa on kivuton yöuni, kivuttomuus päivällä levossa ja kivuttomuus liikkeessä. Muistisairaille hoidon periaatteet ovat samat kuin kognitiivisesti terveilläkin. (Öun 2014, 238–240.)

Suuri osa palvelukodeissa asuvista vanhuksista sairastaa jonkinlaista muistisairautta. Kivunhoidon tarpeen arviointi ei aina ole hoitohenkilökunnalle helppoa tai yksiselitteistä, koska muistisairaus tuo haasteita kivun laadun ja asteen arviointiin sekä hankaloittaa kivunhoidon vasten arviointia. Muistisairaille vanhuksilla on hyvin usein kipua aiheuttavia perussairauksia, mutta muistisairaus vaikeuttaa kivunhoidon tarpeen ilmaisemista. Vuorovaikutuksessa tulee ilmi vanhuksen sisimpiä ajatuksia, uskomuksia, arvoja, tunteita ja kokemuksia. Muistisairaahan hyvän hoidon perusta on vuorovaikutus, jossa on luottamusta ja empatiaa. Hoidossa korostuu ei-kielellinen viestintä eli eleet, ilmeet, ruumiinkielen tulkinta ja tunneherkkyys. Kuuntelu on vuorovaikutuksen avain. (Kivikoski 2009, 121–122.)

Kivun lääkehoidon periaatteena on löytää tehokas kivunlievittäjä mahdollisimman vähällä haittavaikutuksilla. Lääkehoidon tulee olla säännöllistä ja yksilöllisesti määriteltä. (Öun 2014, 240.) Hoidon jatkuvuuden ja hoitokeinojen vaikuttavuuden arvioinnin helpottamiseksi on tärkeää, että kirjataan, kuinka kipua on hoidettu ja kuinka hoito on vaikuttanut (Kan & Pohjola 2012, 191). Vanhusten lääkkeiden käytön keskeisimpiä ongelmia ovat alentunut lääkkeiden sietokyky ja erityisesti monilääkitykseen liittyvät sivuvaikutukset. Hyvin usein kipu muuntuu vuodenaikojen mukaan sekä tilanteiden ja kulloisenkin lääkityksen johdosta. Tällöin lääkehoidon tukena on hyvä käyttää erilaisia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. (Vuento-Lammi 2005, 34.)

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat keinoja, joita hoitajat voivat toteuttaa pääasiassa ilman lääkärin määräyksiä, omien kykyjensä mukaan. Lääkkeettömällä kivunhoidon menetelmillä on harvoin sivuvaikutuksia ja samalla muistisairas saa kokemuksen siitä, että häntä kuullaan ja hoivataan. Lääkkeettömät hoitomenetelmät jaetaan usein kahteen eri ryhmään: fyysisiin ja kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin. Fyysiset menetelmät vaikuttavat lähinnä ihon kautta ja ne sopivat hyvin useimmille iäkkäille. (Kivikoski 2009, 121–122.) Tällaisia hoitoja ovat esimerkiksi erilaiset termiset hoidot; lämpö- ja kylmähoidot, akupunktuuri, sähköstimulaatiohoito (TNS-hoito) ja hieronta

(Vuento-Lammi 2005, 34). Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät eivät yleensä sovi vaikeaa dementiaa sairastaville, koska niiden käyttö edellyttää melko hyvää kognitiivista tilaa. Tällaisia menetelmiä ovat esimerkiksi rentoutuminen ja ohjattu mielikuvamatkailu. (Kan & Pohjola 2012, 191.)

Liikkumiskyky on tärkeä osa toimintakykyä ja sen heikkeneminen uhkaa itsemääräämisoikeutta ja elämänlaatua. Fyysisen aktiivisuuden vähyys muistisairaalla heikentää muistia entisestään sekä rajoittaa mahdollisuutta osallisuuteen. Iäkkäällä ihmisellä toiminnanvajausta saattaa syntyä hyvinkin nopeasti; vuodelevossa ensimmäisen viikon aikana lihasvoima vähenee noin kolmesta viiteen prosenttia päivässä. Fyysinen aktiivisuus on tärkeä hoidollinen menetelmä, jonka avulla voidaan havainnoida muistisairaana voimavaroja ja tukea häntä säilyttämään liikuntakyky mahdollisimman pitkään. (Karvinen 2010, 126-129, 132.)

Liikkumisella on suuri merkitys fyysisten sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia myös aineenvaihduntaan, energiatasapainoon ja hermostolliseen säätelyyn. Säännöllinen liikunta nostaa kipukynnystä. Lihasmassan säilyminen on paitsi tärkeää liikkumiskyvylle ja aineenvaihdunnalle, niin myös elimistön puolustusmekanismeille, jotka suojaavat kroonisilta sairauksilta. Tästä syystä erityisesti voimaharjoittelu on erinomaista terveystoimintaa. (Karvinen 2010, 131.)

Käypä hoidon yleisen liikuntasuosituksen mukaan, kaikkien aikuisten tulisi ylläpitää tai lisätä luustolihasvoimaa ja kestävyyttä vähintään kahtena päivänä viikossa esimerkiksi kuntosaliharjoitteluna. Lisäksi 65 vuotta täyttäneille suositellaan kestävyysliikunnan ohella nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa. Käypä hoito -suosituksen mukaan liikunta lisää voimaa ja kestävyyttä henkilöille, joilla on kognitiivista alenemista ja dementiaa yhtä paljon kuin terveillekin henkilöille. Iäkkäille yleiset sairaudet eivät ole sinänsä este liikunnalle, vaan usein erityinen syy liikuntaan. Liikunnan vasta-aiheet ovat iäkkäillä jokseenkin samat kuin terveillä nuoremmilla ihmisillä, iäkkäiden liikuntaohjelmat tulee vain sovittaa vastaamaan toimintakykyä ja mahdollisia rajoitteita. (Duodecim 2012.)

Muistisairaana vanhuksen lääkkeettömään kivunhoitoon on olemassa erittäin paljon erilaisia menetelmiä. Esimerkiksi muistelutyö ja muistot ovat tärkeitä ihmisen identiteetin ja olemassaolokokemuksen kannalta. Erityisesti sairauden alkuvaiheessa elämäntarinan

läpikäyminen voi toimia keinona käsitellä sairauden aiheuttamaa kriisiä ja keinona etsiä jonkinlaista järjestystä mielen kaaokseen. Muistisairas voi muistelun avulla löytää ja ymmärtää oman elämän merkitystä ja tarkoitusta sekä sisäistää elämän eri vaiheet ja kokemukset. (Muistisairaamessu 2012.)

Erityisesti sairauden ollessa jo pitkällä ja kun puheen tuottaminen ei enää onnistu, on tärkeää, että hoitaja tuntee muistisairaamiehen elämänhistorian. Näin muistojen ”sanoittaminen”, ymmärtäminen ja yhdistäminen nykyhetkeen sujuvat helpommin. Silloin voidaan tukea muistisairaamiehen perusturvallisuuden tunnetta ja vahvistaa hänen kokemustaan elämän merkityksestä. Muistelussa voidaan käyttää apuna kaikkia aisteja, jolloin muistot nousevat helpommin mieleen. Keinoina muistojen herättelyssä voidaan käyttää mm. kuvia, esineitä, erilaisia makuja, tuttuja lauluja ja musiikkia. (Muistisairaamessu 2012.)

Musiikki tukee usein muistisairaamiehen kanssa käytävää vuorovaikutusta. Muistisairaamiehet nauttivat yleensä mieluisasta musiikista ja kykenevät jopa laulamaan ongelmitta, vaikka eivät enää pystyisi puhumaan. Tutkimuksin on pystytty osoittamaan, että Alzheimer-potilaat tunnistavat ja reagoivat tuttuun musiikkiin vielä taudin loppuvaiheeseen. Musiikilla on todettu olevan aivoja monipuolisesti virittävä vaikutus; kuulemiseen, näkemiseen, liikkeiden säätelyyn ja toiminnan ohjaukseen erikoistuneet alueet kummassakin aivopuoliskossa aktivoituvat musiikkia kuunneltaessa. Mieleinen ja reipas-tempoinen musiikki nostaa vireystilaa ja mielialaa, silmät alkavat säteillä, kasvot hymyillä ja kehon asento kohentuu. Vaikutukset vahvistuvat vielä lisää, jos muistisairas itse osallistuu laulamalla, soittamalla tai tanssimalla. Musiikki saa tunteet liikkeelle – sen avulla ilo ja suru saavat keinon purkautua. (Numminen 2012.)

Muistisairaamiehen vanhuksen hyvään hoitoon kuuluu hengellisiin tarpeisiin vastaaminen. Keskeisiä asioita ovat pelon ja ahdistuksen lievittäminen. Kristillisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on Jumalan luoma, ainutkertainen yksilö ja sellaisenaan arvokas Jumalan edessä. Kristillisen etiikan perusajatuksena on, että ihmistä tulee kunnioittaa, ja erityisesti heikon ja sairaan elämää suojella sekä vaalia. Muistisairas ihminen saattaa pelätä hylätyksi tulemistä; tällöin on tärkeää, että hän tuntee itsensä arvokkaaksi ja häntä kohdellaan kunnioittavasti. (Kivikoski 2009, 119.)

Erityisesti sairauden alkuvaiheessa muistisairas saattaa pohtia miksi-kysymyksiä ja etsiä vastauksia näihin kysymyksiin. Usko saattaa antaa voimaa, jos hän ajattelee Jumalan johdattavan ja olevan turvana. Sairauden edessä voidaan myös alistua tai sairaus voidaan nähdä rangaistuksena ja se herättää kysymyksen, mitä pahaa olen tehnyt. Vaikeasti dementoitunut ei kykene enää erittelemään arvomaailmaansa. Siitä huolimatta tulee muistaa, että arvot ovat muistisairaahan kokemusten taustalla, olennaisena osana. Kun tämä tiedostetaan, voidaan potilasta auttaa oikealla tavalla. (Kivikoski 2009, 120–121.)

Vaikea-asteinenkaan muistisairaus ei vähennä ihmisen uskonnollisuutta ja uskonnon merkitystä elämässä. On tärkeää, että hän saa oikeanlaista tukea hengellisyyteen; tuttu rukous, ehtoollinen, virsi tai Raamatun kohta. Joskus sairastuminen saattaa tuoda esiin piilossa olleen uskonnollisuuden. (Muistisairaahan messu 2012.) Hengellisten tarpeiden tunnistaminen ei kuitenkaan aina ole helppoa. Ilmenemistavat voivat olla epäsuoria – levottomuus, yleinen ahdistuneisuus, paikallaan pysymisen vaikeus tai yksin olemisen pelko. Jatkuva kipujen valittaminen voi olla viesti halusta puhua hengellisistä asioista. Kun muistisairas ei kykene enää puhumaan, korostuu kiireetön läsnäolo. Hengellinen hoito edellyttää aina vuorovaikutusta ja toisen lähelle tulemistä. Vuorovaikutus on kaikessa hoito- ja ihmissuhdetyössä keskeinen tekijä. (Kivikoski 2009, 121.)

Tulee muistaa, että hengellisyys ei välttämättä kaikille muistisairaille tarkoita uskontoon liittyviä asioita. Hyvin monille ihmisille hengellisyys tarkoittaa ainakin melkein samaa kuin uskonnollisuus, mutta erilaisia näkökulmia on olemassa ja se tulee muistisairaahan hoitotyössä huomioida. Hengellisyyteen liittyviä muita kuin puhtaasti uskonnollisia ilmiöitä ovat esimerkiksi transsendenttisuus eli tuonpuoleisuus, yhteisöllisyys ja toivo, jotka voivat toki liittyä Jumalaan tai pyhyyteen, mutta myös luontoon, taiteeseen, musiikkiin, perheeseen tai omaan yhteisöön ilman varsinaista uskonnollisuutta. (Siddall, Lovell & MacLeod 2015, 53.)

Hengellisen hoitamisen on perinteisesti ajateltu liittyvän lähinnä elämän päättymiseen ja saattohoitoon, ja sen huomioiminen esimerkiksi kivunhoidossa on laajasti unohdettu. Hengellisyyden merkitys kivunhoidossa on tutkimusten mukaan yhtä tärkeä kuin biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden merkitys. Ihmisen hengellisyyden tukeminen auttaa häntä tuntemaan yhteenkuuluvuutta, sisäistä rauhaa ja vähentää masennusta ja ahdistuneisuutta. Tutkimusten mukaan ihmiset, jotka ajattelevat olevansa hengellisiä tai uskonnollisia, kokevat voivansa paremmin ja tuntevat vähemmän kipua, kuin ihmiset,

jotka eivät pidä itseään ollenkaan hengellisinä tai uskonnollisina. Hengellinen hyvinvointi siis johtaa parempaan kivun sietämiseen ja kokemukseen hyvinvoinnista koko elämän alueella. (Siddall ym. 2015, 54.)

On olemassa tutkimuksellista näyttöä siitä, että hengellisten asioiden käsitteleminen edistää kipua tuntevan potilaan hyvinvointia ja terveyttä. Hengellinen hoitaminen tukee nimenomaan parempaa kivun sietämistä. Jotkut terapiamuotoiset hengellisen hoitamisen menetelmät saattavat myös vähentää kivun voimakkuutta. Erityisesti meditaatio hengellisen hoitamisen menetelmänä näyttää olevan hyödyllinen sekä kivun kokemuksen vähentäjänä että kivun sietämisen voimistajana. Positiivinen hengellisen voimaantumisen tunne näyttäisi tukevan sekä kivun suurempaa sietämistä että paremman elämänlaadun kokemusta, kivusta huolimatta. (Siddall ym. 2015, 54-55.)

Hoitajan oma hengellisyys on hyvä motivaation ja voimavarojen lähde. Erityisesti iäkkään muistisairaahan ihmisen kivun hoitamisessa korostuvat diakonisen hoitotyön menetelmät ihmisen kokonaisvaltaisena kohtaamisena. Ihminen on fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen kokonaisuus ja kaikki osa-alueet on otettava huomioon kivun arvioinnissa ja hoitamisessa. (Diakonian tutkimus 2011, 112.) Potilaan hengellisiä tarpeita huomioidaan olemalla keskustelukumppanina ja toimimalla vierellä kulkijana. Hengellisen hoidon välineet toimivat siten luonnollisena osana hoitamista. Hengellinen puoli jää usein kokonaan huomioimatta, mikäli hoitaja kokee, ettei hänellä ole valmiuksia siihen. (Diakonian tutkimus 2011, 112.)

3 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Oulun Diakonissalaitoksen palvelukotien (Vesper-koti, Pieni Pelakuu sekä Sotainvalidien Veljeskoti) käyttöön muistisairaana kivun tunnistamisen ja lääkkeettömän kivunhoidon opas. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää muistisairaana näyttöön perustuvaa kivunhoitoa ja hoitotyötä.

4 OPPAAN TUOTTEISTAMINEN

4.1 Toimintaympäristö ja asiakasanalyysi

Suomalainen väestö ikääntyy ja muistisairaiden osuus väestössämme kasvaa sen myötä tulevaisuudessa. Tässä opinnäytetyössä kehitettiin opas muistisairaahan kivunhoidon arvioimiseen ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttämiseen muistisairaiden hoidotyössä. Kivunhoidon tärkeyttä ja merkitystä ei voi sosiaali- ja terveyssektorilla liikaa korostaa. Usein juuri muistisairaiden kohdalla kivunhoito on puutteellista johtuen kivun arvioinnin vaikeudesta ja muiden kuin lääkkeellisten hoitomenetelmien tunnistamattomuudesta.

Työelämän yhteistyökumppanina toimivat Oulun Diakonissalaitoksen palvelukodit; Vesper-koti, Pieni Pelakuu sekä Sotainvalidien Veljeskoti. Hoivakoti Pieni Pelakuu ja Vesper-koti tarjoavat kodin 90 ikääntyneelle ihmiselle, jotka tarvitsevat asumisen ja hoidon tueksi ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa. Sotainvalidien Veljeskoti tarjoaa pitkäaikaishoitoa sekä intervallihoitoa sodassa vammautuneille miehille ja naisille. Perusteena palvelukodissa asumiselle on toimintakyvyn vajaus, joka useimmiten johtuu muistisairaudesta. Asukkaiden keski-ikä on noin 85 vuotta, Veljeskodissa yli 90 vuotta. Mikäli palvelukotien asukkailla ei ole elämän loppuvaiheessa vaativan hoidon tarvetta, asuvat he niissä elämänsä loppuun saakka. Asukkaiden toimintakykyä ylläpidetään kuntouttavan työotteen mukaisesti ja heitä kannustetaan omatoimisuuteen kunkin omien kykyjen mukaan. Asukkaille järjestetään monenlaista virkistystoimintaa, esimerkiksi käsitöitä, musiikkituokioita, liikuntaryhmiä ja ulkoilua. (Oulun Diakonissalaitos 2013.)

Oulun Diakonissalaitoksen palvelukotien henkilökunta koostuu eri terveydenhuoltoalan ammattilaisista kuten sairaanhoitajista, lähi- ja perushoitajista sekä Veljeskodissa työskentelevästä fysioterapeutista. Yhdellä lähihoitajan toimessa toimivalla on sosionomi-diakonikoulutus. Esimiehinä toimii Pienessä Pelakuussa sosionomi ja Vesper- ja Veljeskodeissa sairaanhoitaja. Henkilökunta on saanut laajasti TunteVa-/validaatiohoitajakoulutusta. TunteVa -toimintamalli on vuorovaikutusmenetelmä

muistisairaahan kohtaamiseen, jonka tavoitteena on antaa hoitohenkilökunnalle tietoa ja osaamista siihen, miten muistisairasta kuullaan. (Jokinen i.a.)

Oulun Diakonissalaitoksen toiminta perustuu kristilliselle arvopohjalle ihmisläheisesti, oikeudenmukaisesti, tuloksellisesti ja edelläkävijyyttä osoittaen. Palveluiden ja kehitystyön yhtenä keskeisenä lähtökohtana on diakonia, tarjota siis apua sinne, minne yhteiskunnan palvelut eivät ylety tai niitä ei ole riittävästi saatavilla. Oulun Diakonissalaitos on perustettu vuonna 1896 tarkoituksenaan kouluttaa lähimmäisenrakkauden hengessä sairaa hoitajia ja diakonisseja pohjoissuomalaisen ihmisten tarpeisiin – palvelemaan sairaita, köyhiä ja muuten apua tarvitsevia. (Oulun Diakonissalaitos 2013.)

4.2 Oppaan suunnittelu

Oppaan suunnittelu aloitettiin etsimällä kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita liittyen muistisairauksiin, kipuun, lääkkeettömään kivunhoitoon ja hengelliseen hoitoon. Tietoa oli löydettävissä runsaasti, lisäksi vinkkejä kivunhoitotyöstä löytyi aiemmin tehdyistä opinnäytetöistä. Näyttöön perustuvaa tietoa etsittiin myös Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) hankkeista, mutta kivunhoitoon liittyen sellaista ei ollut saatavilla.

Kehittäminen toimintana tarkoittaa konkreettista tekemistä, jossa tähdätään jonkin selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittämisen tavoitteena on muutos eli sillä tavoitellaan jotakin parempaa ja tehokkaampaa tapaa toimia kuin aikaisemmat toimintatavat ja – rakenteet ovat tarjonneet. Tavoitteellisuus on keskeinen osa kehittämistoimintaa. Kehittämisen lähtökohtana ovat joko nykyisen tilanteen ongelmat tai uudet näkymät jostakin paremmasta. Tuotekehityksellä tarkoitetaan esimerkiksi työntekijän tuoksi kehitettyä laitetta tai opasta. Kehittämisessä sovelletaan tutkimuksen tuottamaa uutta tietoa. (Toikko & Rantanen 2009, 14–17.)

Kehittämistoiminnassa pyritään löytämään tietoa esimerkiksi siitä, onko joku työmenetelmä hyvä. Tällöin etsitään näyttöä kehitettävän asian käyttökelpoisuudesta eli näyttöön perustuvaa tietoa. Kehittämisprosessissa voidaan havaita erilaisia vaiheita. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään toiminnan lähtökohdat. Toisessa vaiheessa kehittämisto-

minta organisoidaan hyväksyttämällä ja virallistamalla kehittämistyön tavoitteet. Kolmannessa vaiheessa kehittämistoiminta toteutetaan ideoinnin, priorisoinnin, kokeilun ja mallintamisen avulla. Kehittämistoiminnan arvioinnin tavoitteena on suunnata kehittämistoiminnan prosessia oikeaan suuntaan ja tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta. Kehittämistoiminnan tulosten levittäminen tarkoittaa tiedon juurruttamista käytäntöön. Tulosten levittämistä voidaan edistää tuotteistamisen avulla. Tuotteistaminen on mallintamista ja markkinointia. (Toikko & Rantanen 2009, 56–62.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on, yhdessä työelämän toimijan kanssa, ohjeistaa ja opastaa toiminnan järjestämistä ja järkeistämistä työelämän tarpeisiin. Se voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opas. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 9.) Sosiaali- ja terveysalan tuotteen keskeisiä ominaisuuksia on, että tuote edistää terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysalan tuotteet edesauttavat välillisesti tai välittömästi sosiaali- ja terveysalan kansallisia ja kansainvälisiä tavoitteita sekä noudattavat alan eettisiä ohjeita. (Jämsä & Manninen 2000, 14.)

Tuotteen luonnostelu perustuu asiakasanalyysiin ja asiakasprofiilin laadintaan, tarkoituksena on selvittää asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tarpeet ja odotukset. Parhaiten asiakkaita palvelee tuote, joka on suunniteltu huomioiden käyttäjäryhmän tarpeet, kyvyt ja muut ominaisuudet. (Jämsä & Manninen 2000, 44.)

Opas muistisairaahan kivun tunnistamiseen ja lääkkeettömään kivunhoitoon on suunniteltu niin, että se tukee koko hoitohenkilökunnan työtä muistisairaahan vanhuksen kivun hoitotyössä. Oppaassa neuvotaan kuinka muistisairaahan kivun laatua ja määrää voidaan arvioida PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) –kipumittarin avulla. PAINAD-kipumittari on kehitetty erityisesti muistisairaiden kivun tunnistamiseen ja arviointiin. Oppaaseen on koottu tietoa muistisairaahan kivunhoidon erityispiirteistä ja lääkkeettömän kivunhoidon vaihtoehtoista. Lisäksi oppaassa annetaan käytännöllisiä neuvoja kivun hengelliseen hoitamiseen.

Opasta lähdettiin suunnittelemaan tekstipohjaiseksi teokseksi, jossa on hyödyllistä tietoa muistisairaahan vanhuksen kivun tunnistamiseen ja lääkkeettömään kivunhoitoon. Oppaan käyttäjät ovat palvelukotien hoitohenkilökuntaa. Aluksi esitellään yleisiä asioita iäkkään ihmisen kivusta ja edetään muistisairaahan vanhuksen kivun erityispiirteisiin. Muistisairaahan

vanhuksen tyypillisiä kivun aiheuttamia oireita selvennetään seuraavassa osiossa. Toinen kappale käsittelee muistisairaana vanhuksen kivun tunnistamista ja sen arviointia, ja siinä valotetaan lukijalle tyypillisiä kivun aiheuttamia muutoksia muistisairaana vanhuksen käyttäytymisessä. Seuraavaksi esitellään suomenkielinen muistisairaille kehitetty kipumittari, PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia). Mittarista kuvataan kipua arvioivat osa-alueet ja niiden pisteytys. Pisteiden perusteella määritellään kivun voimakkuuden aste. Kivun voimakkuuden määrittäminen auttaa hoitohenkilökuntaa valitsemaan oikeanlainen kivunhoitomenetelmä. Lopuksi oppaassa esitellään lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, joita jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva voi vapaasti käyttää lääkkeellisen kivunhoidon sijasta tai lisänä. Hengellisen hoidon ja sielunhoidon merkitystä korostetaan erityisesti.

4.3 Oppaan sisällön valinta

Opinnäytetyön tehtävänä oli kehittää opas palvelukotien henkilökunnan avuksi heidän arvioidessaan muistisairaiden kivunhoidon tarvetta päivittäisessä hoitotyössä. Tavoitteena oli parantaa muistisairaiden palvelukotien asiakkaiden kivunhoitoa ja sitä kautta elämänlaatua. Kivunhoito ei aina tarkoita pelkästään lääkkeellistä kivunhoitoa, vaan lääkkeetön ja hengellinen kivunhoito voivat tuoda helpotusta muistisairaana oloon yhtälailla. Muistisairaiden hyvä kivunhoito säästää yhteiskunnan varoja pienentyneiden terveydenhoitokustannusten kautta. Opas vastaa kokemustalustaan erilaisten hoitajien tarpeisiin ja siinä on tietoa kivunhoidon tarpeen arvioinnista ja käytännön toteutuksesta. Lisäksi oppaassa on vinkkejä lääkkeettömään kivunhoitoon. Opas antaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia kohdata ja tunnistaa myös asiakkaan hengellisen hoidon tarpeita.

Tässä opinnäytetyössä ei käsitelty lääkkeellistä kivunhoitoa, vaan keskityttiin muistisairaana vanhuspotilaan kivunhoidon tarpeen arviointiin sekä lääkkeettömään kivunhoitoon. Yhtenä lääkkeettömän kivunhoidon muotona käsiteltiin hengellistä hoitotyötä. Hankkeesta hyötyvät sekä hoitohenkilökunta että hoidettavat vanhukset laadukkaamman muistisairaiden kivunhoidon toteuttamisen kautta.

Tässä opinnäytetyössä tuotettua tietoa voidaan hyödyntää myös muualla kuin vanhus-työssä. Kivunhoidon tarpeen arviointia tehdään usein tilanteessa, jossa potilas ei kykene kipua sanallisesti ilmaisemaan, esimerkiksi teho-osastolla tai lasten ja vammaisten hoitotyössä. Hyvä kivunhoito on aina oleellinen osa eettisesti laadukasta sairaanhoitoa.

Opinnäytetyön tuotteistamisen apuna käytettiin asiakasanalyysia, jossa määritettiin Oulun Diakonissalaitoksen palvelukotien asiakaskunnan koostumus kivunhoidon tarpeen osalta. Hoitohenkilökunnan tilanne, työkokemus ja muita seikkoja selvitettiin siltä osin, mitä tietoja tarvittiin oppaan käytännön toteuttamista varten. Kerätyn aineiston ja analysoinnin sekä kirjallisuuden tulosten perusteella kirjoitettiin opas ja opinnäytetyöra-portti.

4.4 Oppaan viimeistely ja arviointi

Oppaasta on kirjoitettu ensimmäinen versio toukokuussa 2015 ja se on toimitettu koekäyttöön Oulun Diakonissalaitokselle kesäkuussa 2015. Opasta on viimeistely koekäytön jälkeen syksyllä 2015. Opinnäytetyöprosessi on kokonaisuutena sujunut hyvin sekä tekijöiden että yhteistyökumppaneiden kanssa. Oppaan avulla Oulun Diakonissalaitoksen palvelukodit voivat ottaa käyttöön näyttöön perustuvaa tietoa sekä muistisaira-an ihmisen kivun arvioinnista että sen lääkkeettömästä hoidosta.

Oulun Diakonissalaitoksen palvelukodit Pieni Pelakuu, Vesper-koti ja Veljeskoti antoivat oppaasta koekäytön jälkeen palautetta. Kirjallisen palautteen oppaasta keräsi palvelujohtaja. Hän toimitti palautteen opinnäytetyön tekijöille kootusti sähköpostitse. Kaikissa palvelukodeissa opasta pidettiin käyttökelpoisena. Palautteessa opasta oli luonnehdittu: selkeä, helposti sisäistettävä, asiallista tietoa, tuttua asiaa, osittain käytössä olevia menetelmiä, hyvä opiskelijoiden perehdytykseen. Erityisen hyvää palautetta tuli hengellisen hoidon ja sielunhoidon osioista. Palautteessa mainittiin, että opas on hoitofilosofialtaan samansuuntainen kuin Oulun Diakonissalaitoksen toiminta. Opas tukee hyvin henkilökunnan aiempaa TunteVa -hoitajakoulutusta sekä validaatiohoitajakoulutuksen antamia lääkkeettömän kivunhoidon valmiuksia. PAINAD -kipumittarin käytön

mainittiin olevan helppoa. Mittarin osioita pystyttiin tarkastelemaan ilman pisteillä mitaamistakin. Tämä auttaa havainnoimaan muistisairaana kipua paremmin.

Kehittämisehdotuksena oppaaseen mainittiin, että lämpö- ja kylmähoitojen kohdalla olisi hyvä odottaa lääkärin suositusta. Reumaattisissa sairauksissa huomioidaan elimistön tulehdustila ennen kylmä- tai lämpöhoitoa. Hierontaosiota kommentoitiin, että vanhuk-
sille sitä toteutetaan vain hellänä sivelyhoitona. Niskan hieromista on syytä välttää ko-
konaan tukosriskien takia. Intialaista päinhierontaa ei suositella, jos potilaalla on aivo-
halvausriski. Opasta muokattiin palautteen mukaan.

Opasta luonnehdittiin erinomaiseksi ja hyvin yhteensopivaksi Oulun Diakonissalaitoksen
hoitofilosofiaan ja käsitykseen iäkkäiden ihmisten hoidosta. Opas koettiin tarpeelliseksi
ja hyödylliseksi. Se otetaan päivittäiseen käyttöön Oulun Diakonissalaitoksen palvelu-
kodeissa.

5 POHDINTA

5.1 Muistisairaahan kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivunhoidon merkitys

Suomalainen väestö ikääntyy ja vanhusten määrän kasvaessa myös muistisairaiden ihmisten määrä väestössämme väistämättä kasvaa. Yhä useampi ikääntyneiden kanssa työskentelevä kohtaa muistisairautta. Toisin kuin usein ajatellaan, kipu ei kuulu yhtenä osana vanhuuteen. Iäkkään muistisairaahan ihmisen kipua tulee tehokkaasti pyrkiä havaitsemaan ja hoitamaan. Muistisairaahan kipua voi olla vaikea havaita, koska hän ei välttämättä osaa kipuaan suoraan ilmaista. Hoitohenkilökunnan työtä helpottaa, jos heillä on käytettävissään luotettava kipumittari, jonka avulla kivun määrä saadaan selville. Kivun asteen määrittäminen auttaa hoitajaa oikean kivunhoitomenetelmän valinnassa. Kipulääkkeiden lisäksi tai sijaan hoitohenkilökunnan on hyvä kokeilla lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Joskus potilaan hengellisyyden huomioiminen voi olla paras kivunhoitomenetelmä.

Opinnäytetyöstä hyötyvät sekä hoitohenkilökunta että hoidettavat muistisairaathan vanhuksien. Hoitajien työ helpottuu ja kipumittarin käyttö selkiyttää kivun arviointia ja kivunhoidon tarpeen arviointia. Suurimman hyödyn saa kuitenkin hoidettava muistisairas vanhus, joka kärsii kivusta. Hän saa avun kipuun nopeammin ja tehokkaammin. Hänen hyvinvointinsa ja terveytensä paranee laadukkaamman kivunhoidon tarpeen arvioinnin myötä. Vuorovaikutus paranee ja muistisairas vanhus tulee paremmin ymmärretyksi. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttämisestä muistisairas vanhus hyötyy monilla tavoin. Valmiuksia lääkkeettömään kivunhoitoon tarjoaa tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt opas. Lääkkeetön kivunhoito on näyttöön perustuvaa modernia kivunhoitoa, jota tulee käyttää lääkehoidon ohella. Muistisairaahan vanhuksen hyvään hoitoon kuuluu aina myös hengellisiin tarpeisiin vastaaminen, jossa keskeistä on pelon ja ahdistuksen lievittäminen ja lohdutus. Hengellisen hoitamisen ja sielunhoidon keinoja tulisi kivunhoidossa käyttää nykyistä paljon enemmän. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt opas tarjoaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia hengelliseen kivunhoitoon.

5.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on olennainen osa opinnäytetyötä. Eettisten ratkaisujen tavoitteena tutkimus- ja kehittämistoiminnassa on tuoda esille ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuus. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, 11.) Tutkimuksen tekeminen pohjautuu tutkimuseetiikkaan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Ensisijainen vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on opinnäytetyön tekijällä itsellään mutta myös ryhmällä, joka on osallistunut työn toteuttamiseen. Vain tieteellisen käytännön mukaan toteutettu opinnäytetyö voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Eettisesti toteutettu opinnäytetyö on tuotettu rehellisesti ja huolellisesti kaikissa eri työn vaiheissa, aina ideointivaiheesta tutkimustulosten julkaisuun. Ennen työn aloittamista kaikkien työhön osallistuvien asema, oikeudet, vastuu ja velvollisuudet määritellään kirjallisella sopimuksella. Hankkeessa myös tutkimustuloksen omistajuutta ja säilyttämistä koskevat seikat selvitetään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Vilka 2015, 47.)

Tiedonhankinnan tulee tapahtua tiedeyhteisön hyväksymällä tavalla. Käytännössä tämä tarkoittaa, että tiedonhankinta tapahtuu oman alan tieteellisestä kirjallisuudesta sekä muista asianmukaisista tietolähteistä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että toisten tutkijoiden tekemää työtä arvostetaan. Tämä näyttäytyy siten, että toisten tekemiä töitä viitataan tekstissä lähdeviittein oikeaoppisesti. Oma ajattelu ja toisen tutkijan tutkimustulokset tulisi erottaa selkeästi toisistaan. (Vilka 2015, 41–42.)

Opinnäytetyön tekemisestä ja sen sisällöstä laadittiin kirjallinen sopimus työelämän edustajan kanssa. Työssä huomioitiin työelämän edustajan asettamat tavoitteet ja toiveet. Työn eri vaiheissa työ lähetettiin luettavaksi työelämän edustajalle ja hänellä oli mahdollisuus vaikuttaa työn sisältöön. Oppaaseen koottiin menetelmiä, jotka vastaavat palvelukotien tarpeeseen ja joiden toteuttaminen on mahdollista työntekijöiden eri ammatti- ja kokemustaustan mukaan. Työssä on huomioitu Oulun Diakonissalaitoksen arvoperusta, joka pohjautuu kristillisiin perusarvoihin ja ennen kaikkea diakonian perusajatukseseen.

5.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen tekijän tulee jokaisessa eri työnsä vaiheessa arvioida työnsä luotettavuutta. Luotettavuuden arviointia tehdään läpi työn suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. (Vilkkä 2015, 199.) Tuotteen laatua arvioitaessa on perustana asiakaslähtöisyys, jolloin tuotteen tarkoituksena on asiakkaan tiedon tarpeen tyydyttäminen ja asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastaaminen. (Jämsä & Manninen 2000, 127).

Työssä käytettiin vain luotettavia tietolähteitä ja työn tekijät noudattivat tiukkaa lähdekritiikkiä. Lähteet valittiin niin, että ne vastasivat ikääntyneiden ihmisten hoitomeneelmiin ja kivun määrittelyyn. Työelämän edustaja suhtautui kriittisesti käytettyihin lähteisiin ja arvioi niiden käytettävyyttä. Toiminta perustui eri näkökulmien arviointiin sekä pohtivaan, erittelevään ja kyseenalaistavaan suhtautumiseen löydettyyn tietoon. Opinnäytetyötä varten hankitun tiedon on aina oltava merkityksellistä, luotettavaa ja sen alkuperä on selvitettävä (Vilkkä 2015, 41–42).

Asiakasanalyysin avulla Oulun Diakonissalaitoksen henkilökunnan osaamista ja tarpeita kartoitettiin vanhusten kivunhoitoon liittyen. Henkilökunnan koulutustausta selvitettiin. Käytössä olevan kipumittarin käytettävyyttä ja hyödyntämistä kartoitettiin. Todettiin, että henkilökunnalla on käytössään varsin hyvä ohjeistus muistisairaiden vanhusten lääkkeelliseen kivunhoitoon jo entuudestaan. Havaittiin, että palvelukodeilla on tarve kivun arvioinnin ja lääkkeettömän kivunhoidon oppaalle, jota voi hyödyntää myös opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Todettiin, että oppaan tulee olla Käypä hoito –suositusten mukainen ja toteutettu näyttöön perustuvan hoitotyön periaatteen mukaisesti. Asiakasanalyysin avulla saatu tieto auttoi oikeanlaisen kipumittarin valinnassa ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien kokoamisessa. Luotettavuutta lisää myös se, että ennen lopullista työn julkistamista opas oli koekäytössä palvelukotien henkilökunnalla. Käytännön työtä tekevät työntekijät saivat tuoda esiin omia mielipiteitään ja muutosehdotuksiaan oppaaseen. Raporttiosuudessa opinnäytetyön eri vaiheet tuotiin esiin selkeästi ja kerrottiin, mitkä eri asiat vaikuttivat sisällön valintaan.

5.4 Jatkotutkimusideat

Koska muistisairaana vanhuksen kivun tunnistaminen on usein hyvin haasteellista, hyötyisivät yhä useammat vanhustenhoitoyksiköt vastaavanlaisesta oppaasta. Opa antaisi hoitohenkilökunnalle varmuutta arvioida, tulkita ja hoitaa vanhuksen kipua. Oppaan avulla olisi myös mahdollista vaikuttaa hoitohenkilökunnan asenteisiin ja saada heidät ymmärtämään, kuinka esimerkiksi muistisairaiden vanhusten käytöshäiriöiden taustalla saattaa todellisuudessa olla kipukokemus. Henkilökunnalle tulisi tutuksi myös hengellisyuden merkitys ja sen huomioiminen osana kivunhoitoa.

PAINAD -kipumittari ei vaadi käyttäjältään erillistä koulutusta tai erityisosaamista, jolloin sen käyttö osana jokapäiväistä hoitotyötä on yksinkertaista. PAINAD- kipumittarin käytöstä on jo jonkin verran käytännön kokemusta ja tutkimustuloksia sen luotettavuudesta on saatavilla. Jatkotutkimuksia sen käytöstä ja toimivuudesta olisi kuitenkin hyvä saada lisää. Näin kipumittarin tunnettavuus lisääntyisi ja sen käyttö laajenisi koskemaan yhä useampia vanhustenhoitoyksiköitä.

Jatkotutkimuksessa voisi lisäksi laajentaa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien valikoimaa, sillä tähän oppaaseen on valikoitunut vain pieni osa niistä. Hengellisen hoitamisen ja sielunhoidon mahdollisuuksia lääkkeettömässä kivunhoidossa voisi laajentaa ja syventää edelleen. Katsantokantaa voisi lisäksi laajentaa niin, että oppaan antamia valmiuksia kivunarviointiin voisi hyödyntää myös muilla potilasryhmillä, joiden kommunikointi on puutteellista esim. lapset, kehitysvammaiset ja mielenterveyspotilaat.

LÄHTEET

- Airaksinen, Tiina & Vilkka, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Diakonian tutkimus 2011. Diakoniatyön lähikäsitteitä. Viitattu 3.10.2015.
http://dts.fi/files/2009/10/DT2_2011.pdf
- Duodecim 2012. Käypä hoito. Liikunta. Viitattu 9.4.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=B980E8E3ADD12650AC499547483F2F58?id=hoi50075>
- Erkinjuntti, Timo 2010. Dementian käsite. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne & Hilikka Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86–99.
- Haukka, Ulla-Maija; Kivelä, Sirkka-Liisa; Pyykkö, Virpi; Vallejo Medina, Aila & Vehviläinen, Sirpa 2007. Vanhustenhoito. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Herr, Keela A. & Garand, Linda 2001. Assessment and measurement of pain in older adults. *Glin Geriatr Med.* 17 (3). Viitattu 10.12.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097898/pdf/nihms286345.pdf>
- Jokinen, Marketta i.a. TunteVa -toimintamalli vuorovaikutusmenetelmänä muistisairaanhoidossa. Viitattu 26.8.2015.
<http://www.muistiaina.fi/files/11752.pdf>
- Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Kankkunen, Päivi 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 247-265.
- Kan, Suvi & Pohjola Leena 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Viitattu 30.9.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf
- Karvinen, Elina 2010. Liikkumiskyvyltään heikentyneet vanhukset. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Prima, 126-155.
- Kivikoski, Tuija 2009. Muistisaira ja dementoituneen lähellä. Teoksessa Kirsti Aalto & Raili Gothoni (toim.) Ihmisen lähellä – Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki; Kirjapaja, 118–137.
- Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä – opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten 2010. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kormilainen, Aino 2013. Hoitajien kokemuksia muistisairaiden kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 4.10.2014.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58436/aino_kormilainen.pdf?sequence=1
- Muistisaira messu – virikkeitä jumalanpalveluselämään muistisairaiden ihmisten kanssa 2012. Viitattu 7.4.2015.
[http://sakasti.evl.fi/julkaisut.nsf/643870EEA49C9C1AC22579A60035CED4/\\$FILE/Muistisaira_messu_netti.pdf](http://sakasti.evl.fi/julkaisut.nsf/643870EEA49C9C1AC22579A60035CED4/$FILE/Muistisaira_messu_netti.pdf)
- Mustakangas, Helena 2012. ”Kyllä kait se on niin, että silmät on sielun peili”. Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen hoitajien kuvaamana. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 4.10.2014.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39823/Mustakangas_Helena.pdf?sequence=1
- Numminen, Ava 2012. Teoksessa Muistisaira messu – virikkeitä jumalanpalveluselämään muistisairaiden ihmisten kanssa. Viitattu 7.4.2015.

[http://sakasti.evl.fi/julkaisut.nsf/643870EEA49C9C1AC22579A60035CED4/\\$FILE/Muistisairaanhoidon_messu_netti.pdf](http://sakasti.evl.fi/julkaisut.nsf/643870EEA49C9C1AC22579A60035CED4/$FILE/Muistisairaanhoidon_messu_netti.pdf)

Oulun Diakonissalaitos 2013. Palvelukodit. Viitattu 8.4.2015.

http://www.odl.fi/sivu/fi/palvelut/asuminen_ja_hoiva/palvelukodit/

Oulun Diakonissalaitos 2013. Välittävä ja vastuullinen. Viitattu 8.4.2015.

<http://www.odl.fi/sivu/fi/odl/>

Päivärinta, Anne 2012. Muistisairaanhoidon kivun arviointi – Hoitajien kokemuksia PAINAD-kipumittarin käytöstä. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 4.10.2014.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49089/Paivarinta_Anne.pdf?sequence=1

Siddall, Philip; Lovell, Melanie & MacLeod, Rod 2015. Review Article, Spirituality: What is its role on pain medicine? Pain Medicine 16, 51-60.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 4.10.2014.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>

Sulkava, Raimo 2001. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Antti Hervonen, Pirkko Jäntti, Aapo Lehtonen, Raimo Sulkava & Reijo Tilvis (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 72–101.

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 3.10.2015.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uusitalo, Maria & Westerholm, Jenni 2010. Dementoituneen potilaan kivun arviointi. Neljän objektiivisen kipumittarin sisällönanalyysi. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 10.12.2014.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24234/Uusitalo_Maria_Westerholm_Jenni.pdf?sequence=1

Vainio, Anneli 2002. Kiputilojen jaottelu. Teoksessa Eija Kalso & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 94–100.

Vilkka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuento-Lammi, Maijaliisa 2005. Terapeuttiset menetelmät vanhuksen kivun hoidossa. Kipuviesti 2, 10/2005, 34–36.

Ympäristöministeriö 2013. Ikääntyneiden ihmisten kehittämisohjelma vuosille 2013–2017. Valtionneuvoston periaatepäätös. Viitattu 30.9.2014.
www.ym.fi/download/noname/%7BEAF4ED7E-F582-414E.../37430

Öun, Irja 2014. Muistisairaahan kivun arviointi ja hoito. Teoksessa Merja Hallikainen, Riitta Mönkäre, Toini Nukari & Marjo Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Boowell Oy.

LIITE: OPAS

MUISTISAIRAAN VANHUKSEN KIVUN TUNNISTAMINEN JA LÄÄKKEETÖN KI- VUNHOITO

Opas hoitohenkilökunnalle



LUKIJALLE

Vääristynyt mielikuva on, että kipu kuuluu luonnollisena osana vanhenemiseen. Iäkäs ihminen ei välttämättä ilmaise kipua sanallisesti. Erityisesti silloin, kun kommunikointia häiritsee muistisairaus, ei sanoja kivun ilmaisuun löydy. Kivun tunnistamisessa korostuvat hoitajien kyvyt havainnoida kivun laatua muistisairaana olemuksesta ja käyttäytymisestä.

Tämä opas on tarkoitettu työvälineeksi muistisairaiden vanhusten kanssa työskentelevälle, Oulun Diakonissalaitoksen palvelukotien hoitohenkilökunnalle. Oppaassa esitellään muistisairaana vanhuksen kivun erityispiirteitä sekä neuvotaan, kuinka tunnistaa ja arvioida kipua. Oppaassa tuodaan esiin lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, joita jokainen hoitaja voi työssään toteuttaa. Lisäksi oppaassa on liitteenä PAINAD -kipumittari, jonka avulla hoitajien on mahdollista arvioida muistisairaana vanhuksen kipua.

1 MUISTISAIRAAN VANHUKSEN KIVUN ERITYIS- PIIRTEITÄ

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudосvaurioon tai sen uhkaan. Kipu on aina kokijalleen todellinen ja yksilöllinen; sitä ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät.

Jatkuvan tai päivittäisen kivun ilmaantuvuus nousee selvästi iän myötä. Tutkimuksen mukaan päivittäistä kipua kokee noin joka neljäs pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleva suomalainen vanhus. Kipu liittyy erityisesti perussairauden vaikeuteen, kuivumiseen ja pahoinvointiin. Kipua on myös enemmän heillä, joilla on sääri- ja painehaavoja.

Iän myötä kipua välittävässä järjestelmässä tapahtuu muutoksia; perifeeristen hermosyiden määrä vähenee ja johtonopeus hidastuu. Tästä syystä on päätelty, että vanhuksilla kivuntunto olisi heikompI kuin nuorilla. Jotkin nuorilla kivuliaat taudit, esimerkiksi umpilisäkkeen tulehdus, mahahaava ja sydäninfarkti, voivat olla vanhuksilla yllättävän kivuttomia.

Muistisairaiden kipukynnys ei poikkea terveiden ikääntyneiden kipukynnyksestä. Laitoshoidossa olevat muistisairaات vanhukset kokevat kipua hyvin erilaisissa tilanteissa. Eri-

tyisesti aamuisin tehtävät hoidot, peseminen, pukeminen, kääntäminen ja liikuttelu aiheuttavat kipua. Hoitajien olisi tärkeää ennakoida tilannetta antamalla kipulääkitys ennen hoitotoimenpiteitä.

Muistisairaahan vanhuksen tyypilliset kivun aiheuttamat oireet:

Päänsärky taustalla saattaa olla ohimovaltimotulehdus, kolmoishermostulehdus tai vyöruusu. Kohonneeseen verenväliaineeseen ja virtsamyrkytykseen saattaa liittyä päänsärkyä. Runkosärkyä aiheuttavien lääkkeiden käyttö saattaa aiheuttaa särkeä. Runkosärkyä aiheuttavien lääkkeiden käyttö saattaa aiheuttaa särkeä.

Rintakivun syynä saattavat olla sydän- ja verenkierroelinten sairaudet, keuhkosairaudet, anemia, luusto, lihakset ja nivelet, ruokatorvi ja maha sekä ääreishermoston vaurioituminen. Myös traumat voivat aiheuttaa rintakipua.

Vatsakivun taustalla on usein akuuttia kirurgista toimintaa vaativa sairaus. Syynä voivat olla monet eri vatsatauti- sairaudet, jotka aiheuttavat myös rintakipu-oireita. Koska vanhusten kiputuntemus on heikentynyt, voi esimerkiksi umpilisäkkeen tulehdus helposti edetä vatsatautiin saakka. Myös ummetus saattaa olla vatsakivun taustalla.

Selkäkivut vanhuksella voivat johtua esimerkiksi osteoporoosin aiheuttamasta nikamamurtumasta, sappirakon ja sappiteiden sairauksista tai munuaissairauksista kuten munuaiskivet, munuaistulehdukset tai munuaissyöpä. Alaselkäkivut voivat johtua esimerkiksi nikamavälilevyjen siirtymistä, aortan aneurysmasta ja syövän luustometastaaseista, kuten prostatasyövästä. Kohdun eriaisteiset laskeumat voivat aiheuttaa naisten alaselkäkipua.

2 MUISTISAIRAAN VANHUKSEN KIVUN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI

Terveystieteiden huollon yksi eettisistä periaatteista on kivun arviointi ja sen tehokas hoito. Oikeus kivuttomuuteen on kaikilla riippumatta iästä tai kognitiivisesta tilasta. Muistisairaana kipua ei tutkimusten mukaan hoideta yhtä tehokkaasti kuin muiden iäkkäiden kipua. Syynä tähän ovat muistisairauden edetessä ilmaantuvat kommunikointiongelmien.

Muistisairaana kyky ilmaista kipua sanallisesti on heikentynyt. Hän voi käyttää kivun ilmaisuun erilaisia käsitteitä, hän saattaa kertoa olevansa väsynyt tai heikko, vaikka taustalla on kipua. Myös muutokset käyttäytymisessä, ääntelyssä tai eleissä voivat viestittää kivusta. Hoitajalle on merkityksel-

listä läheisiltä saatu tieto, kuinka potilas on aiemmin reagoanut kipuun tai mitä sanoja hän on käyttänyt kivun ilmaisuun.

Hoitaja tunnistaa muistisairaahan kipua havainnoimalla ulkoisia merkkejä sekä seuraamalla vitaalielintoimintoja. Hoitajalta vaaditaan ”teknisten taitojen” lisäksi myös auttajalle toivottavia henkilökohtaisia ominaisuuksia kuten kykyä empatiaan, sensitiivisyyteen ja aitoon välittämiseen. Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde on hyvän hoidon perusta. Muistisairaahan hoidossa korostuvat erityisesti ei-kielellinen viestintä kuten eleet, ilmeet, ruumiinkielen tulkinta ja tunneherkkyys. Vuorovaikutuksen kulmakivi on kuuntelu. Keskeisintä kivunhoidossa on löytää kivun aiheuttaja ja se, että kipua arvioidaan säännöllisin väliajoin.

Muistisairaalle vanhukselle tyypillisiä kivun aiheuttamia muutoksia:

Käyttäytymisen muutokset

- Aggressiivisuus, ärtyneisyys ja hämmentyneisyys
- Eristäytyminen
- Levottomuus, tuskaisuus, hätäisyys, sekavuus, vihaisuus
- Vastustelu hoitotoimissa, kipeän ruumiinosan suojeleminen, koskettamisen välttely
- Jännittynyt asento, kasvojen kurtistelu ja pelokas ilme
- Syömättömyys
- Hengityksen pidättely

Fysiologiset muutokset

- Laajentuneet pupillit
- Mustelmat, haavat
- Kylmähikisyys, takykardia, kohonnut verenpaine

Ääntely

- Vaikertaminen, itku
- Äänekäs hengitys
- Huutaminen, negatiivinen ääntely tai ääntelyn lopettaminen

3 PAINAD -KIPUMITTARI

Dementoituneiden ja kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivun arviointiin on kehitetty useita erilaisia mittareita, yksi näistä on Pain Assessment in Advanced Dementia eli PAINAD -mittari. Mittarin toiminta perustuu kivun aiheuttamien käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin.

Painad -kipumittarin luotettavuutta on arvioitu iäkkäiden muistisairaiden sairaalahoidon aikana. Helsingissä tehdyssä tutkimuksessa on vertailtu kipujen ilmaantuvuutta PAINAD -kipumittarin ja laajasti käytössä olevan RAI-järjestelmän avulla. Tutkimuksessa kävi ilmi, että RAI-järjestelmä aliarvioi kognitiivisesti heikentyneiden laitospotilaiden kipuja. Sen sijaan PAINAD -mittarilla todettu kivuttomuus antoi melko vahvan viitteen potilaan todellisesta kivusta. Hoitajat ovat kokeneet mittarin melko vaivattomaksi käyttää.

PAINAD -kipumittarin osa-alueita ovat **hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen.**

- Kussakin havaintokategoriassa on kolme pisteluokkaa (0-2) kivun aiheuttamille käyttäytymisen muutoksille
- Kipua arvioidaan yhteenlaskettujen kokonaispisteiden 0-10 perusteella, 0 vastaa kivutonta tilaa ja 10 voimakkainta kipua
- Kivun arviointia suoritetaan noin viiden minuutin ajan, ennen hoitotoimenpiteitä ja niiden aikana

PAINAD -mittarissa arvioitavat osa-alueet ja niiden pisteytys

(Lähde: Kankkunen, Päivi 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt)

	0	1	2	Tulos
Hengitys	Normaali	Ajoittain vaivalloista, lyhyitä hyperventilaatio-jaksoja	Äänekästä, vaivalloista, pitkiä hyperventilaatio-jaksoja, Cheyne-Stokesin hengitystä	
Ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerointia, voihketta tai valittavaa, moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerointia, voihketta tai itkua	
Kasvojen ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää	
Kehonkieli	Levollinen	Kireä, ahdistunut kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista	
Lohduttaminen	Ei tarvetta	Ääni, kosketus kääntää huomion muualle ja tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu	

Yhteensä (0-10) pistettä _____

4 LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNHOITOMENETELMÄT

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat keinoja, joita hoitaja voi toteuttaa ilman lääkärin määräystä, omien kykyjensä mukaan. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät toimivat hyvänä tukena lääkkeelliselle kivunhoidolle. Lääkkeettömillä kivunhoitomenetelmillä on harvoin sivuvaikutuksia, ne ovat edullisia ja helposti toteutettavissa. Samalla muistisairas saa kokemuksen, että häntä kuullaan ja hoidetaan.

Kiireettömyyden tunne vuoteen vieressä auttaa muistisairasta asennoitumaan tilanteeseen rauhallisesti ja luottavaisesti. Hoitohenkilökunnan iloisuus ja terve huumori toimivat myös kivunlievittäjänä.

Asentohoito

Yksi tärkeimpiä kivunlievitysmenetelmiä hoitotyössä on asentohoito. Asennonmuutos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Kun veri ei pääse kiertämään kudoksiin, tulee puutumisen tunnetta kehon eri osiin; selkään, takamukseen, kantapäihin ja käsiin. Jos veri ei pääse kiertämään kudoksissa, seuraa hapenpuute ja potilaalle saattaa muodostua painehaavoja. Painehaavat ovat kivuliaita ja ne toimivat usein infektioreittinä potilaaseen.

Ennen asentohoitoa voidaan potilaalle tarvittaessa antaa kipulääkettä. Potilasta käännetään kyljeltä toiselle ja asetetaan mukavaan asentoon. Hyvän asennon aikaan saamiseksi apuna voidaan käyttää tyynyjä. On tärkeää muistaa, että potilaan vaatteet ja lakanat oiotaan, etteivät ne jää potilaan alle aiheuttamaan lisäkipua.

Lämpöhoito

Lämpö saa aikaan verenkierron vilkastumisen kudoksissa, hiussuonten aukeamista, kudosten venyvyyden lisääntymistä, lihasten rentoutumista ja kudosten aineenvaihdunnan lisääntymistä.

Lämpöhoitoa voidaan antaa lämmitettävillä lämpöpakkauksilla, kuten jyvä-, turve- ja geelipusseilla. Lämpöpakkaus lämmitetään mikroaaltouunissa, jonka jälkeen se voidaan kääriä esim. pyyhkeeseen ja asettaa hoidettavalle alueelle. Hoitoaika on noin 10–20 minuuttia.

Mikäli hoidettavalla alueella on ihottumaa, tulehduksia, kudosvaurioita tai metallisia vierasesineitä, ei lämpöhoitoa tule käyttää.

Kylmähoito

Kylmähoidon vaikutukset perustuvat kudosten lämpötilan

alenemiseen, joka johtaa yhdessä hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Kylmä vaikuttaa kipua lieventävästi alentamalla hermojen johtumisnopeutta. Kylmäkäsittely vähentää myös lihaksen jännitystilaa, helpottaa liikesuoritusta ja näin nivelten liikkuvuus voidaan säilyttää tai sitä voidaan parantaa.

Kylmähoitoa voidaan toteuttaa tavallisimmin kylmäpakkausina, -pyyhkeinä ja – hierontana. Saatavana on myös iholle siveltävää geeliä, jonka vaikutusaineina ovat etanoli ja metanoli. Haihtuessaan nämä aineet muodostavat iholle voimakkaan kylmävaikutuksen.

Kylmäkäsittely kestää tavallisimmin 20–30 minuuttia. Tunnottomalle ihoalueelle tai huonon verenkierron alueelle kylmähoitoa ei saa käyttää. Liian pitkä kylmähoito voi johtaa myös haitallisiin vaikutuksiin, kuten hermovaurioihin.

Erityisesti vanhuspotilaan ollessa kyseessä, on tärkeää keskustella lääkärin kanssa, soveltuvatko lämpö- ja kylmähoidot kyseiselle henkilölle.

Hieronta

Hierontaa käytetään tavallisimmin jännittyneiden ja kireiden kudosten pehmittämiseen. Sen rentouttavan vaikutuksen avulla on mahdollista vaikuttaa kipuun. Hieronnassa tärkeää

on myös toisen ihmisen antama kosketus ja hieronnan yhteydessä tapahtuva vuorovaikutus.

Iho ohenee iän myötä, joka näkyy lisääntyvinä ryppyinä ja ihon kuivumisena. Tästä syystä hieronnassa tulee käyttää jotain öljyä, joka samalla myös ravitsee ja hoitaa vanhenevaa ihoa. Kylmäpuristetut öljyt soveltuvat hyvin hierontaan, esimerkiksi kookos-, manteli-, oliivi- tai vehnänalkioöljy. Öljyyn voi lisätä halutessaan tipan eteeristä öljyä.

Mikäli hoitokohdassa on märkäpaiseita, tulehtunut tali- rauhanen, ruusu ja suonikohjuja, tulisi hierontaa välttää. Myös niskan hieronnassa tulee olla erittäin varovainen. Eri- tyisesti vanhusten kohdalla on vaarana, että mahdolliset verisuonitukokset lähtevät liikkeelle aiheuttaen hengen- vaaran. Potilaalla, jolla on aivohalvausriski, ei suositella in- tialaista päähierontaa.

Kosketus

Potilaan koskettaminen hoitotoimien yhteydessä on neut- raalia, emotionaalinen tarkoitus tulee esille hoivaavalla kosketuksella. Tämä vaatii hoitajalta empatiaa, kykyä eläy- tyä toiseen ihmiseen. Hoivaava kosketus voi olla lohduttavaa tai rohkaisevaa ja eniten siitä saavat apua mm. ahdistuneet, tiedottomat, vaikeasti sairaat tai kuolevat potilaat.

Kosketuksen avulla välitetään huolenpitoa ja tunnetta, että potilaasta välitetään. Kosketuksen avulla myös vahvistetaan sanallista viestiä sekä viestitään asiaa, jota on vaikea ilmaista sanoin. Kosketuksen on havaittu saavan aikaan endorfiinien erittymistä. Lisääntyvä endorfiinimäärä vähentää kipua ja saa aikaan hyvänolontunteen.

Koskettaminen vaatii aina hyväksyntää. Koskettaminen ja kosketuksi tuleminen voidaan kokea myös epämiellyttävänä. Yläselkä ja olkapäät ovat usein neutraalia aluetta koskettaa, mutta kasvot ovat haavoittuvaa aluetta.

Liikunta

Fyysisen aktiivisuuden vähyys heikentää muistisairaana muistia entisestään ja rajoittaa mahdollisuutta osallisuuteen. Iäkkäällä ihmisellä toiminnanvajausta syntyy hyvin nopeasti; vuodelevossa ensimmäisen viikon aikana lihasvoima vähennee noin kolmesta viiteen prosenttiin päivässä. Liikunta lisää voimaa ja kestävyyttä muistisairaalle vanhukselle yhtä paljon kuin terveille vanhuksillekin.

Liikunta ehkäisee fyysisiä sairauksia ja sillä on myönteisiä vaikutuksia aineenvaihduntaan, energiatasapainoon ja hermostolliseen säätelyyn. Säännöllinen liikunta nostaa myös kipukynnystä. Iäkkäille erityisesti voimaharjoittelu on erinomaista terveysliikuntaa.

Liikuntasuosituksen mukaan, kaikkien aikuisten tulisi ylläpitää tai lisätä luustolihashasten voimaa ja kestävyyttä vähintään kahtena päivänä viikossa, esimerkiksi kuntosaliharjoitteluna. Lisäksi yli 65-vuotiaille suositellaan nivelten liikuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa.

Muistelu

Muistelu on tärkeää ihmisen identiteetin ja olemassaolokokemuksen kannalta. Muistelun avulla on mahdollista sisäistää elämän eri vaiheet ja kokemukset. Muistisairauden edettyä pitkälle on tärkeää, että hoitaja tuntee muistisairaalan elämänhistoriaa. Näin muistojen sanoittaminen, ymmärtäminen ja yhdistäminen nykyhetkeen sujuvat helpommin.

Muistelussa apuna voidaan käyttää kaikkia aisteja, näin muistot nousevat helpommin mieleen. Muistojen herättelyn keinoja ovat mm. kuvat, esineet, erilaiset maut, tutut laulut ja musiikki.

Musiikki

Musiikki toimii vuorovaikutuskeinona, vaikkei muistisairas kykenisi enää lainkaan kommunikoimaan puheen keinoin. Musiikilliset taidot ja kiinnostus musiikkia kohtaan säilyvät usein sairaudesta huolimatta elämän loppuun saakka. Mu-

siikki liittyy usein monin eri tavoin elämäämme; lapsuudessa, nuoruudessa ja aikuisuudessa mukana ollut musiikki liittää meidät vielä elämän viimevaiheissakin omiin muistoihin, oman perheen ja kansan historiaan.

Musiikki virittää aivoja monipuolisesti; kuulemiseen, näkemiseen, liikkeiden säätelyyn ja toiminnan ohjaukseen erikoistuneet alueet, kummassakin aivopuoliskossa, aktivoituvat musiikkia kuunnellessa. Mieleinen ja reipastempoinen musiikki nostaa vireystilaa ja mielialaa, silmät alkavat säteillä, kasvot hymyillä ja kehon asento muuttuu. Vaikutusta vahvistaa vielä lisää, mikäli muistisairas itse osallistuu soittamalla, laulamalla tai tanssimalla.

Hengellinen hoito

Hengellisyyden tukeminen on erottamaton osa muistisairaahan hyvää hoitoa. Keskeistä on pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen. Muistisairaalla hengellinen hätä saattaa ilmetä levottomuutena, ahdistuneisuutena, paikallaan pysymisen vaikeutena tai yksin olemisen pelkona. Joskus myös jatkuva kivun valittaminen on merkinä halusta puhua hengellisistä asioista. Hengellinen hoitaminen tukee parempaa kivun sietämistä ja antaa hyvinvoinnin kokemuksen eri elämän osa-alueille.

Hengellinen hoito edellyttää vuorovaikutusta ja tulemista toisen lähelle. Muistisairaahan vierellä kiireetön läsnäolo on tärkeää. Muistisairaalle oma vakaumus on paluuta lapsuudenuskoon ja sen mukanaan tuomaan tunnemaailmaan ja turvallisuudentunteeseen. Muistutuksena toimii tuttu musiikki, hartaudet, messun viettäminen ja ehtoollisen nauttiminen.

On tärkeää muistaa, ettei hengellisyys aina tarkoita uskontoon liittyviä asioita. Tuonpuoleisuus, toivo ja yhteisöllisyys ovat ilmiöitä, jotka eivät ole puhtaasti uskonnollisia asioita. Ne voidaan liittää myös luontoon, taiteeseen, musiikkiin ja perheeseen.

Sielunhoito

Sielunhoidon lähtökohtana on lähimmäisenrakkaus; ihmisellä on itseisarvo riippumatta siitä, millainen hän on. Sielunhoitajalta vaaditaan kykyä tunnistaa ja kohdata ihmisen hätä. Hän ottaa vastaan autettavan kysymykset ja jakaa ne hänen kanssaan. Sielunhoito voi olla hiljaista läsnäoloa silloin, kun sanoja ei löydy.

Sielunhoitajan ei tarvitse olla täydellinen; kaiken osaava ja tietävä. Sielunhoitaja voi olla kuka tahansa, tervehenkinen kristitty, jolla on kyky avoimuuteen, suoruuteen ja vilpit-

tömyyteen. Kipu aiheuttaa monenlaista kärsimystä. Sielunhoitaja pyrkii asettumaan autettavan rinnalle, kulkemaan hänen rinnallaan.

LÄHTEET

- Björkman, Mikko; Sorva, Antti & Tilvis, Reijo 2007. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. Tabu 3, 4-7. Viitattu 2.5.2015.
http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/16349_tabu_tabu32007.pdf
- Blomqvist, Cenita 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi, 127-148.
- Duodecim 2008. Krooninen kipu, toimintakyvyn arviointi. Viitattu 2.10.2014.<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>
- Duodecim 2012. Käypä hoito - Liikunta. Viitattu 9.4.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jse:ssio-nid=B980E8E3ADD12650AC499547483F2F58?id=hoi50075>
- Haukka, Ulla-Maija, Kivelä, Sirkka-Liisa, Pyykkö, Virpi, Vallejo Medina, Aila & Vehviläinen, Sirpa 2007. Vanhustenhoito. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kankkunen, Päivi 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 247-265.
- Kalso, Eija 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 470-475.
- Karvinen, Elina 2010. Liikkumiskyvyltään heikentyneet vanhukset. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Prima, 126-155.
- Kivikoski, Tuija 2009. Muistisaira ja dementoituneen lähellä. Teoksessa Kirsti Aalto & Raili Gothoni (toim.) Ihmisen lähellä – Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja, 118–137.
- Muistisaira messu – virikkeitä jumalanpalveluselämään muistisairaiden ihmisten kanssa 2012. Viitattu 7.4.2015.
<http://sakasti.evl.fi/julkaisut.nsf/643870EEA49C9C1AC225>

79A60035CED4/\$FILE/Muistisairaahan_messu_netti.pdf

- Pohjolan-Pirhonen, Carita 2000. Sielunhoidolliset kysymykset kivunhoidossa. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 56-58.
- Pohjolainen, Timo 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Eija Kalso, Maija Haanpää & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 237-244.
- Siddall, Philip; Lovell, Melanie & MacLeod, Rod 2015. Review Article, Spirituality: What is its role on pain medicine? Pain Medicine 16, 51-60.
- Vainio, Anneli 2002. Kiputilojen jaottelu. Teoksessa Eija Kalso & Anneli Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 94-100
- Öun, Irja 2014. Muistisairaahan kivun arviointi ja hoito. Teoksessa Merja Hallikainen, Riitta Mönkäre, Toini Nukari & Marjo Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Boowell Oy.

Kohtele minua hyvin, sitten kun en enää muista nimeäni.

Sitten kun tämä päivä on sekoittunut eiliseen.

Sitten kun aikuiset lapseni ovat kasvaneet muistoissani pieniksi jälleen, sitten kun en enää ole tuottava yksilö, kohdelkaa minua silloinkin ihmisenä.

Välittäkää minusta, antakaa rakkautta, koskettakaa hellästi. Kello hidastaa, eräänä päivänä se pysähtyy kokonaan, mutta siihen on vielä aikaa. Antakaa minulle arvokas vanhuus.

(Tuntematon runoilija)

